



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail. iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

SURAT KEPUTUSAN

PENGURUS DAERAH IKATAN APOTEKER INDONESIA JAWA TIMUR

NOMOR: Kep-057/PD IAI/Jawa Timur/VIII/2015

T E N T A N G

PETUNJUK TEKNIS

PERMOHONAN REKOMENDASI IJIN PRAKTIK ATAU KERJA APOTEKER DI JAWA TIMUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PENGURUS DAERAH IKATAN APOTEKER INDONESIA JAWA TIMUR

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka memberikan pelayanan yang berkualitas bagi anggota dalam pelaksanaan pemberian rekomendasi ijin praktik atau kerja Apoteker telah dilakukan penyempurnaan prosedur permohonan rekomendasi ijin praktik atau kerja Apoteker yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang sedang berkembang;
- b. Bahwa sehubungan dengan hal di atas perlu ditetapkan Surat Keputusan Pengurus Daerah Ikatan Apoteker Indonesia Jawa Timur tentang Petunjuk Teknis Permohonan Rekomendasi Ijin Praktik atau Kerja Apoteker di Jawa Timur.
- Mengingat** : a. Anggaran Dasar Ikatan Apoteker Indonesia;
- b. Anggaran Rumah Tangga Ikatan Apoteker Indonesia;
- c. Keputusan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia Nomor: PO.005/PP.IAI/1418/V/2015 tentang Peraturan Organisasi tentang Rekomendasi Ijin Praktik atau Kerja Ikatan Apoteker Indonesia
- Memperhatikan** : Hasil Rapat Kerja Daerah Ikatan Apoteker Indonesia Jawa Timur tanggal 01-02 Agustus 2015 di Kediri

Memutuskan

Menetapkan : **Keputusan Pengurus Daerah Ikatan Apoteker Indonesia Jawa Timur Nomor: Kep-057/PD IAI/Jawa Timur/VIII/2015 tentang Petunjuk Teknis Permohonan Rekomendasi Ijin Praktik atau Kerja Apoteker di Jawa Timur**

Pertama : Mencabut Keputusan Pengurus Daerah Ikatan Apoteker Indonesia Jawa Timur Nomor: 153/IAI-JATIM/SK/IX/2013 tentang Prosedur Mendapatkan Surat Keterangan Kelayakan Praktik Kefarmasian dan 154/IAI-JATIM/SK/IX/2013 tentang Pemberian Rekomendasi Ijin Praktik atau Ijin Kerja Apoteker sebagai hasil keputusan Rapat Kerja Daerah Ikatan Apoteker Indonesia Jawa Timur tahun 2013.



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail. iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

- Kedua** : Menetapkan Petunjuk Teknis Permohonan Rekomendasi Ijin Praktik atau Kerja Apoteker hasil Rapat Kerja Daerah Ikatan Apoteker Indonesia Jawa Timur tahun 2015 sebagai pedoman pelaksanaan pemberian rekomendasi ijin praktik atau kerja Apoteker oleh seluruh Pengurus Cabang di Jawa Timur.
- Ketiga** : Petunjuk Teknis Permohonan Rekomendasi Ijin Praktik atau Kerja Apoteker secara lengkap dan rinci tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian tak terpisahkan dari keputusan ini.
- Keempat** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Surabaya

Pada tanggal : 03 Agustus 2015

**IKATAN APOTEKER INDONESIA
PENGURUS DAERAH JAWA TIMUR**

Ketua

Dr. Abdul Rahem, M.Kes., Apt.

NA. 05021966009913



PENGURUS DAERAH
JAWA TIMUR

Sekretaris

Helmy Yusuf, S.Si., M.Sc., Ph.D., Apt.

NA. 15071979024929



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail. iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

Lampiran Surat Keputusan Nomor: Kep-057/PD IAI/Jawa Timur/VIII/2015

PERMOHONAN REKOMENDASI IJIN PRAKTIK ATAU KERJA APOTEKER

1. Permohonan rekomendasi ijin praktik atau kerja Apoteker disampaikan oleh Apoteker pemohon ke Pengurus Cabang setempat sesuai lokasi praktik/kerja melalui aplikasi online di web iaijatim.net dan/atau langsung ke kantor sekretariat Pengurus Cabang (sesuai keperluan untuk verifikasi).
2. Apabila diperlukan rekomendasi untuk pengurusan Surat Ijin Apotek (SIA) dari Ikatan Apoteker Indonesia, maka permohonan dapat disampaikan bersamaan dengan permohonan rekomendasi ijin praktik sebagai Apoteker Penanggung Jawab di Apotek.
3. Permohonan rekomendasi ijin praktik atau kerja dikenakan biaya Rp. 50.000,- sampai dengan Rp. 100.000,- sesuai ketentuan yang berlaku di masing-masing Pengurus Cabang.
4. Permohonan rekomendasi untuk SIA dikenakan biaya berdasarkan kepemilikan sarana:
 - a. bila Apotek merupakan sarana milik pemilik modal/investor maka dikenakan sumbangan sukarela sesuai kearifan lokal;
 - b. bila Apotek merupakan sarana milik Apoteker Penanggung Jawab sendiri maka tidak dikenakan sumbangan sukarela.
5. Apoteker pemohon mengajukan permohonan rekomendasi sesuai dengan jenis sarana kefarmasian yang akan digunakan sebagai tempat praktik/kerja.
6. Surat rekomendasi ijin praktik atau kerja Apoteker dan rekomendasi untuk SIA diterbitkan oleh Pengurus Cabang dan dibuat 3 (tiga) rangkap:
 - a. 1 (satu) rangkap diberikan kepada Apoteker pemohon untuk disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat;
 - b. 1 (satu) rangkap ditembuskan kepada Pengurus Daerah Jawa Timur sebagai laporan;
 - c. 1 (satu) rangkap untuk arsip Pengurus Cabang setempat.
7. Pengurus Cabang setempat dapat melakukan konfirmasi kepada Pengurus Daerah Jawa Timur atau Pengurus Cabang asal (bagi Apoteker pindahan dari Kabupaten/Kota lain di Jawa Timur) bila ada permasalahan pada proses verifikasi berkas permohonan rekomendasi.
8. Permohonan rekomendasi diproses dan diselesaikan oleh Pengurus Cabang dalam waktu **paling lama 10 hari** sejak berkas diterima dan dinyatakan lengkap.
9. Surat rekomendasi yang tidak dipergunakan harus dikembalikan kepada Pengurus Cabang penerbit surat selambat-lambatnya 6 (enam) bulan sejak tanggal penerbitan surat.

Ditetapkan di : Surabaya

Pada tanggal : 03 Agustus 2015

IKATAN APOTEKER INDONESIA PENGURUS DAERAH JAWA TIMUR

Ketua

Dr. Abdul Rahem, M.Kes., Apt.

NA. 05021966009913



Sekretaris

Helmy Yusuf, S.Si., M.Sc., Ph.D., Apt.

NA. 15071979024929



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

FORMULIR PERMOHONAN REKOMENDASI IJIN PRAKTIK SEBAGAI APOTEKER PENANGGUNG JAWAB/PENDAMPING DI APOTEK/KLINIK

Kepada Yth.

Ketua PC IAI

Bersama ini saya mengajukan permohonan rekomendasi ijin praktik dengan data sebagai berikut :

A. Data Pemohon

Nomor KTP :
Nomor KTA :
Nama Lengkap :
Gelar :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :
 Desa/Kelurahan :
 Kecamatan :
 Kab/Kota :
 Provinsi :
Telp./Handphone :
e-Mail :
Nomor STRA :
Masa Berlaku sampai dengan :
Nomor Sertifikat Kompetensi :
Masa Berlaku sampai dengan :

B. Data Sarana Kefarmasian

Nama Sarana :
Alamat Lengkap :
 Desa/Kelurahan :
 Kecamatan :
 Kab/Kota :
 Provinsi :
Jenis Sarana : () Apotek () Klinik
Status Kepemilikan : () Milik Sendiri () Milik Pihak Lain
Sebagai : () Apoteker Penanggung Jawab () Apoteker Pendamping

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir :

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk yang masih berlaku
2. Fotokopi Kartu Tanda Anggota atau Surat Keterangan Keanggotaan yang masih berlaku
3. Fotokopi Surat Tanda Registrasi Apoteker yang masih berlaku (minimal 3 bulan sebelum berakhir)
4. Fotokopi Sertifikat Kompetensi Apoteker yang masih berlaku (minimal 3 bulan sebelum berakhir)
5. Surat pernyataan akan melaksanakan praktik secara bertanggung jawab dan tidak akan melanggar kode etik, pedoman disiplin dan peraturan organisasi
6. Surat pernyataan tidak sebagai Apoteker Penanggung Jawab di tempat praktik/kerja sarana kefarmasian lain



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail. iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

7. Surat ijin/rekomendasi atasan (bagi Apoteker yang akan praktik pada Apotek/Klinik di luar waktu pekerjaan utamanya)
8. Surat pengantar mutasi dari Pengurus Daerah darimana anggota berasal yang ditujukan ke Pengurus Daerah Jawa Timur (bagi pemohon yang berasal dari luar Provinsi Jawa Timur)
9. Surat pengantar mutasi dari Pengurus Cabang darimana anggota berasal yang ditujukan ke Pengurus Cabang setempat dimana praktik/kerja kefarmasian akan dilaksanakan (bagi pemohon yang berasal dari luar Kab/Kota setempat)
10. Surat Keterangan/Keputusan Pengangkatan Pegawai (bagi Apoteker yang praktik/kerja di sarana kefarmasian milik pemerintah/korporasi)
11. Surat Pernyataan Kepemilikan bermeterai cukup (bagi Apoteker dengan modal milik sendiri)
12. Akta Notaris Perjanjian Kerjasama Apoteker dan Pemilik Modal/Investor (bagi Apoteker dengan modal milik pihak lain/investor)
13. Akta Notaris Perjanjian Kerjasama dengan Pimpinan Klinik (bagi pemohon sebagai Apoteker Penanggung Jawab Klinik)
14. Berita Acara Serah Terima Tanggung Jawab (bagi permohonan penggantian Apoteker Penanggung Jawab)
15. Surat pengangkatan sebagai Apoteker Pendamping dari Apoteker Penanggung Jawab setempat (bagi permohonan sebagai Apoteker Pendamping)
16. Surat Keterangan tentang jadwal praktik dari Apoteker di tempat praktik sebelumnya (bagi pemohon SIPA Pendamping kedua atau ketiga)

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

(diisi oleh petugas)

Diterima tanggal: - -

Berkas: () Lengkap () Belum Lengkap

.....,

Pemohon,

.....



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

FORMULIR PERMOHONAN REKOMENDASI SURAT IJIN APOTEK (SIA)

Kepada Yth.
Ketua PC IAI

Bersama ini saya mengajukan permohonan rekomendasi Ikatan Apoteker Indonesia untuk persyaratan memperoleh Surat Ijin Apotek (SIA), dengan data sebagai berikut:

A. Data Pemohon

Nomor KTP :
Nomor KTA :
Nama Lengkap :
Gelar :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :
 Desa/Kelurahan :
 Kecamatan :
 Kab/Kota :
 Provinsi :
Telp./Handphone :
e-Mail :
Nomor STRA :
Masa Berlaku sampai dengan :
Nomor Sertifikat Kompetensi :
Masa Berlaku sampai dengan :

B. Data Apotek

Nama Apotek :
Alamat Lengkap :
 Desa/Kelurahan :
 Kecamatan :
 Kab/Kota :
 Provinsi :
Status Kepemilikan : () Milik Sendiri () Milik Pihak Lain

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir berkas persyaratan sesuai dengan permohonan rekomendasi ijin praktik sebagai Apoteker Penanggung Jawab di Apotek.

Saya bersedia memenuhi ketentuan dan mekanisme yang berlaku di Ikatan Apoteker Indonesia, Apabila rekomendasi tidak dapat diberikan, maka saya tidak akan melakukan penuntutan dalam bentuk apapun.

Demikian permohonan ini diajukan, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

(diisi oleh petugas)

Diterima tanggal: - -

.....,,
Pemohon,

.....



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail. iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

FORMULIR PERMOHONAN REKOMENDASI IJIN PRAKTIK SEBAGAI APOTEKER PENANGGUNG JAWAB/PENDAMPING DI RUMAH SAKIT/PUSKESMAS

Kepada Yth.
Ketua PC IAI

Bersama ini saya mengajukan permohonan rekomendasi ijin praktik dengan data sebagai berikut :

A. Data Pemohon

Nomor KTP :
Nomor KTA :
Nama Lengkap :
Gelar :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :
 Desa/Kelurahan :
 Kecamatan :
 Kab/Kota :
 Provinsi :
Telp./Handphone :
e-Mail :
Nomor STRA :
Masa Berlaku sampai dengan :
Nomor Sertifikat Kompetensi :
Masa Berlaku sampai dengan :

B. Data Sarana Kefarmasian

Nama Sarana :
Alamat Lengkap :
 Desa/Kelurahan :
 Kecamatan :
 Kab/Kota :
 Provinsi :
Jenis Sarana : () Rumah Sakit () Puskesmas
Sebagai : () Apoteker Penanggung Jawab () Apoteker Pendamping

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir :

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk yang masih berlaku
2. Fotokopi Kartu Tanda Anggota atau Surat Keterangan Keanggotaan yang masih berlaku
3. Fotokopi Surat Tanda Registrasi Apoteker yang masih berlaku (minimal 3 bulan sebelum berakhir)
4. Fotokopi Sertifikat Kompetensi Apoteker yang masih berlaku (minimal 3 bulan sebelum berakhir)
5. Surat pernyataan akan melaksanakan praktik secara bertanggung jawab dan tidak akan melanggar kode etik, pedoman disiplin dan peraturan organisasi
6. Surat pernyataan tidak sebagai Apoteker Penanggung Jawab di tempat praktik/kerja sarana kefarmasian lain
7. Surat Keterangan/Surat Keputusan Pengangkatan Pegawai dari pimpinan Rumah Sakit/Puskesmas



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

8. Surat Keterangan mutasi dari Pengurus Daerah darimana anggota berasal yang ditujukan ke Pengurus Daerah Jawa Timur (bagi pemohon yang berasal dari luar Provinsi setempat)
9. Surat Keterangan mutasi dari Pengurus Cabang darimana anggota berasal yang ditujukan ke Pengurus Cabang setempat dimana praktik/kerja kefarmasian akan dilaksanakan (bagi pemohon yang berasal dari luar Kab/Kota setempat)
10. Berita Acara Serah Terima Tanggung Jawab (bagi permohonan penggantian Apoteker Penanggung Jawab)
11. Surat pengangkatan sebagai Apoteker Pendamping dari Apoteker Penanggung Jawab setempat (bagi permohonan sebagai Apoteker Pendamping)
12. Surat Keterangan tentang jadwal praktik dari Apoteker di tempat praktik sebelumnya (bagi pemohon SIPA Pendamping kedua atau ketiga)

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

(diisi oleh petugas)

Diterima tanggal: - -

Berkas: () Lengkap () Belum Lengkap

.....,

Pemohon,

.....



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

FORMULIR PERMOHONAN REKOMENDASI IJIN KERJA SEBAGAI APOTEKER DI INDUSTRI FARMASI DAN PEDAGANG BESAR FARMASI

Kepada Yth.
Ketua PC IAI

Bersama ini saya mengajukan permohonan rekomendasi ijin praktik dengan data sebagai berikut :

A. Data Pemohon

Nomor KTP :
Nomor KTA :
Nama Lengkap :
Gelar :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
Kab/Kota :
Provinsi :
Telp./Handphone :
e-Mail :
Nomor STRA :
Masa Berlaku sampai dengan :
Nomor Sertifikat Kompetensi :
Masa Berlaku sampai dengan :

B. Data Sarana Kefarmasian

Nama Sarana :
Alamat Lengkap :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
Kab/Kota :
Provinsi :
Jenis Sarana : () Industri Obat () Industri Obat Tradisional
() Industri Kosmetika () Pedagang Besar Farmasi

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir :

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk yang masih berlaku
2. Fotokopi Kartu Tanda Anggota atau Surat Keterangan Keanggotaan yang masih berlaku
3. Fotokopi Surat Tanda Registrasi Apoteker yang masih berlaku (minimal 3 bulan sebelum berakhir)
4. Fotokopi Sertifikat Kompetensi Apoteker yang masih berlaku (minimal 3 bulan sebelum berakhir)
5. Surat pernyataan akan melaksanakan praktik secara bertanggung jawab dan tidak akan melanggar kode etik, pedoman disiplin dan peraturan organisasi
6. Surat pernyataan tidak sebagai Apoteker Penanggung Jawab di tempat praktik/kerja sarana kefarmasian lain
7. Surat Keterangan/Surat Keputusan Pengangkatan Pegawai dari pimpinan perusahaan
8. Surat perjanjian kerja antara pimpinan perusahaan dan Apoteker bermeterai cukup



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail. iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

9. Surat Keterangan mutasi dari Pengurus Daerah darimana anggota berasal yang ditujukan ke Pengurus Daerah Jawa Timur (bagi pemohon yang berasal dari luar Provinsi setempat)
10. Surat Keterangan mutasi dari Pengurus Cabang darimana anggota berasal yang ditujukan ke Pengurus Cabang setempat dimana praktik/kerja kefarmasian akan dilaksanakan (bagi pemohon yang berasal dari luar Kab/Kota setempat)
11. Berita Acara Serah Terima Tanggung Jawab (bagi permohonan penggantian Apoteker Penanggung Jawab)

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

(diisi oleh petugas)

Diterima tanggal: - -

Berkas: () Lengkap () Belum Lengkap

.....,

Pemohon,

.....



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

SURAT PERNYATAAN MEMATUHI KODE ETIK DAN PEDOMAN DISIPLIN APOTEKER

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap :
Nomor Anggota IAI Nasional :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :

Dengan ini menyatakan:

1. Saya telah mempelajari dan memahami Kode Etik Dan Pedoman Disiplin Apoteker Indonesia.
2. Saya akan mematuhi dan melaksanakan Kode Etik Dan Pedoman Disiplin Apoteker Indonesia dengan baik dan benar, dalam rangka menjaga dan memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dimanapun saya melaksanakan praktik profesi saya.
3. Pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani serta dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari siapapun.

Demikianlah pernyataan ini saya buat untuk saya laksanakan dengan sepenuh hati.

.....
Yang membuat pernyataan,

meterai 6.000

.....



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail. iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

SURAT PERNYATAAN KEPEMILIKAN MODAL

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap :
Nomor Anggota IAI Nasional :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :

Dengan ini menyatakan bahwa saya adalah pemilik modal Apotek/Klinik* tempat saya akan melaksanakan praktik kefarmasian.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani serta dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari siapapun.

.....
Yang membuat pernyataan,

meterai 6.000

.....

**) coret salah satu*



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

SURAT PENGANGKATAN APOTEKER PENDAMPING

Saya yang bertanda tangan di bawah ini selaku Apoteker Penanggung Jawab Apotek/Klinik/Instalasi Farmasi Rumah Sakit/Puskesmas* yang beralamat di

.....

Dengan ini mengangkat sejawat :

Nama Lengkap :
Nomor Anggota IAI Nasional :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :

sebagai Apoteker Pendamping di Apotek/Klinik/Instalasi Farmasi Rumah Sakit/Puskesmas*

.....

Demikianlah surat pengangkatan dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....
Apoteker Penanggung Jawab,

.....
NA.

**) coret salah satu*



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

SURAT KETERANGAN JADWAL PRAKTIK APOTEKER PENDAMPING

Saya yang bertanda tangan di bawah ini selaku Apoteker Penanggung Jawab Apotek/Klinik/Instalasi Farmasi Rumah Sakit/Puskesmas* yang beralamat di

.....

Dengan ini menerangkan bahwa sejawat :

Nama Lengkap :
Nomor Anggota IAI Nasional :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :

Menjalankan praktik sebagai Apoteker Pendamping di
Apotek/Klinik/Instalasi Farmasi Rumah Sakit/Puskesmas*
Setiap hari jam

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....
Apoteker Penanggung Jawab,

.....
NA.

**) coret salah satu*



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

SURAT PERNYATAAN TIDAK SEBAGAI APOTEKER PENANGGUNG JAWAB

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap :
Nomor Anggota IAI Nasional :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak berpraktik/bekerja sebagai Apoteker Penanggung Jawab di sarana kefarmasian lainnya.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani serta dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari siapapun.

.....
Yang membuat pernyataan,

meterai 6.000

.....



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

Contoh Surat Rekomendasi SIPA/SIKA

SURAT REKOMENDASI IJIN PRAKTIK/KERJA

Nomor : Rek-001/PC IAI/...../IX/2015

Ikatan Apoteker Indonesia Pengurus Cabang Surabaya dengan ini memberikan rekomendasi kepada :

Nama Lengkap :
Nomor KTP :
Nomor Anggota IAI Nasional :
Nomor Sertifikat Kompetensi :
Masa Berlaku sampai dengan :
Nomor STRA :
Masa Berlaku sampai dengan :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :

Telp./Handphone :
e-Mail :

Untuk melaksanakan praktik/kerja di :

Nama Sarana Kefarmasian :
Alamat :

Sebagai **Apoteker/Apoteker Penanggung Jawab/Apoteker Pendamping***, sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Demikianlah surat rekomendasi ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....
IKATAN APOTEKER INDONESIA
PENGURUS CABANG

Ketua,

Sekretaris,

.....
NA.

.....
NA.

Tembusan Yth.:

1. Ketua Pengurus Daerah IAI Jawa Timur
2. Arsip

**) Coret yang tidak sesuai*



Pengurus Daerah Jawa Timur

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :

Jl. Pandugo Baru XX/10 Blok X-5 Surabaya

Telp./Faks. 031-8712322 | e-Mail: iai_jawa_timur@yahoo.com

Website: <http://iaijatim.net>

Contoh Surat Rekomendasi SIA

SURAT REKOMENDASI SURAT IJIN APOTEK (SIA)

Nomor : Rek-001/PC IAI/...../IX/2015

Ikatan Apoteker Indonesia Pengurus Cabang Surabaya dengan ini memberikan rekomendasi kepada :

Nama Lengkap :
Nomor KTP :
Nomor Anggota IAI Nasional :
Nomor Sertifikat Kompetensi :
Masa Berlaku sampai dengan :
Nomor STRA :
Masa Berlaku sampai dengan :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :

Telp./Handphone :
e-Mail :

Sebagai **Apoteker/Apoteker Penanggung Jawab/Apoteker Pendamping*** sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk menjalankan praktik kefarmasian di:

Nama Apotek :
Alamat :
Status Kepemilikan :

Demikianlah surat rekomendasi ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....
IKATAN APOTEKER INDONESIA
PENGURUS CABANG

Ketua,

Sekretaris,

.....
NA.

.....
NA.

Tembusan Yth.:

1. Ketua Pengurus Daerah IAI Jawa Timur
2. Arsip

**) Coret yang tidak sesuai*